

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ И ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА

*Мацуганова Т.Н., Бирюкова Ю.В., Гукалова М.В.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Здоровье плода и новорожденного во многом определяется условиями его эмбрионального развития. Первым пространством экологической среды человека является организм матери [1, 5].

В последние годы отмечается неуклонная тенденция к снижению качества репродуктивного здоровья женщин детородного возраста [5]. Среди возможных причин рассматриваются так называемые факторы телесного свойства, то есть факторы, связанные с массой тела. В профилактической медицине появляются работы, указывающие на

уменьшение резерва здоровья у женщин с аномальной массой тела [2, 3, 5].

Целью работы явилось изучение исходов беременности и родов для матери, плода и новорожденного у 142 женщин с дефицитом массы тела (ДМТ-1 группа), 111 - с избыточной массой тела (ИМТ- 2 группа) и 129 – с нормальной массой тела (НМТ-контроль).

В 1 группу вошли женщины с индексом Кетле (ИК) меньше 18,5 кг/м², во 2-ю – с ИК 30 кг/м² и более, в контрольную - с ИК от 18,5 до 24,9 кг/м². Индекс Кетле рассчитывали по формуле ИК= масса тела в кг/ рост м² (учитывалась масса тела до беременности).

Установлено, что беременность у женщин с ДМТ достоверно чаще осложнялась невынашиванием, анемией, ФПН, ХГП, генитальной инфекцией и ИППП, гестационным пиелонефритом, узким тазом, по сравнению с женщинами 2-ой и контрольной групп, тогда как у женщин с ИМТ – поздним гестозом, гестационным сахарным диабетом (таблица 1).

Таблица 1 - Осложнения беременности у женщин с ДМТ и ИМТ

Осложнения беременности	1 группа (ДМТ)%	2 группа (ИМТ)%	Контроль (НМТ)%
Невынашивание беременности	80,1±9,6** *	46,8±3,9	54,3±5,1
Анемия	46,3±5,6** *	24,3±4,4	21,3±4,2
Ранний токсикоз	16,3±4,1	15,3±3,1	14,9±3,7
Поздний гестоз	12,6±3,7	45,9±3,7** *	8,5±2,9
ФПН, ХГП	22,5±4,7** *	11,7±2,9	9,6±3,1
Экстрагенитальные инфекции	22,5±4,7*	27,0±3,3	31,9±3,7
Генитальные инфекции и ИППП	54,1±5,0** *	19,8±2,3	24,4±3,3
Гестационный пиелонефрит	10,0±3,4** *	5,4±1,3	3,2±1,8
Гестационный сахарный диабет	-	1,8±1,1	-
Узкий таз	53,8±5,6** *	1,8±1,1*	7,5±2,7

* - достоверность различий в сравнении с контролем;

** - достоверность различий между 1 и 2 группами.

В родах у женщин с ДМТ значительно чаще, чем у женщин с ИМТ, встречались травмы родовых путей, но реже патология последового и раннего послеродового периода, тогда как частота оперативного родоразрешения была значительно выше у женщин с ИМТ (таблица 2). У женщин с ДМТ в 3,5 раза чаще, встречались преждевременные роды.

Таблица 2 - Осложнения в родах у женщин с дефицитом и избытком массы тела

Осложнения в родах	1 группа (ДМТ)%	2 группа (ИМТ)%	Контроль (НМТ)%
Несвоевременное излитие вод	36,3±5,6*	42,3±7,1*	25,5±4,5
Аномалии родовой деятельности	10,1±3,4	7,2±2,3	6,4±2,5
Острая гипоксия плода	1,3±0,9	1,8±0,7	-
Травмы родовых путей	16,3±4,1**	6,3±2,1*	18,1±4,0
Аномалии пуповины	21,3±4,6	19,8±3,9	19,2±4,1
Патология послеродового и раннего послеродового периода	2,5±1,7** *	6,3±2,1	6,4±2,5
Оперативное родоразрешение	6,3±2,7** *	30,6±3,0*	12,8±3,4
Экстирпация матки	-	2,7±1,4	-
Вхождение рукой в матку	2,7±1,9*	1,8±0,7*	4,3±2,1
Патологическая кровопотеря	2,7±1,9	2,9±1,5	2,6±1,3

- достоверность различий в сравнении с контролем; * - достоверность различий между 1 и 2 группами.

В группах женщин с ДМТ и ИМТ достоверно чаще, по сравнению с контролем, отмечалось рождение детей с признаками незрелости при доношенной беременности (11,3%, 11,7% и 4,3%, соответственно). В 1 группе, по сравнению со 2-ой и контрольной, достоверно чаще рождались дети с массой менее 3 кг (26,4%, 9,0% и 11,6%, соответственно). Частота рождения крупных плодов в обеих группах была существенно ниже, по сравнению с контролем (3,5%, 4,5% и 9,3%, соответственно). В состоянии умеренной гипоксии чаще рождались дети у женщин с ДМТ (17,5% по сравнению с 11,7% 2-ой группы и 8,4% в контроле).

Функциональные нарушения ЦНС одинаково часто наблюдались у новорожденных 1 и 2 групп (16,2% и 17,1%, соответственно), по сравнению с контролем (10,5%), тогда как частота натальной травмы была выше в 1 группе (6,3%, по сравнению с 4,5% во 2-ой группе и 1,5% - в контроле). СДР и ЗВУР (2,1%) отмечались только у новорожденных 1 группы. Общая заболеваемость новорожденных была также выше в группе женщин с ДМТ (40,6% против 32,4% во 2 группе и 24,5% в контроле).

Таким образом, у женщин с ДМТ и ИМТ отмечается высокая частота осложнений беременности и родов, однако характер этих осложнений отличается. Если в группе женщин с дефицитом массы значительно чаще беременность осложняется невынашиванием, инфекционными заболеваниями, узким тазом, то у женщин с избыточной массой – поздним гестозом, гестационным сахарным

диабетом. В родах у женщин с ДМТ отмечается высокая частота травм родовых путей, у женщин с ИМТ – высокая частота оперативного родоразрешения.

Полученные данные могут послужить основой для дифференцированного подхода к ведению беременности и родов у женщин с дефицитом и избытком массы тела.

Литература

1. Вартон, Брайн. Питание женщины во время беременности и лактации, отлучение ребенка от груди: материалы 3 го международного симпозиума / Брайн Вартон. – СПб, 1995. – С. 56-62.
2. Георгадзе, Г. Р. Прогнозирование исхода беременности и родов у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением. – Иваново, 1991.
3. Гундаров, И. А. Дефицит массы тела как фактор риска невынашивания беременности (популяционное исследование) / И. А. Гундаров, Н. Н. Бойко // Акуш. и гин. – 2006. – №6. – С. 18-20
4. Лебедева А.Г. Витаминизация рациона беременных и патология детей // Акуш. и гин. – 2004 - №1 - С.16-19.
5. Руководство по охране репродуктивного здоровья. / Кулаков [и др.]. – М., 2001.